

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignements sur l'adhérent et le patient

Nom de l'adhérent	Police	Certificat	Nom de l'employeur
Nom du patient	Date de naissance	N° de téléphone	
Adresse (no et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicament?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il?	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	
Avez-vous fait une réclamation POUR CE MÉDICAMENT chez cet autre assureur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la réclamation?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude

Veillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable.

Section 3 : Autorisation à la communication de renseignements personnels

Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, les coordonnateurs de soins, les fournisseurs du réseau de pharmacies privilégiées de SSQ (hors Québec seulement) et tout organisme public ou parapublic, incluant entre autre la Régie de l'assurance médicament du Québec, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ ») tout renseignement personnel me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Par le fait même, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ à communiquer aux tiers précédemment énoncés tout renseignement personnel me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

Signature du patient (parent/tuteur légal)

Date

NOTE IMPORTANTE :

Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

Veillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au 1 855 453-3942.

Téléphone : 418 651-2588/1 800 380-2588 – Télécopieur : 1 855 453-3942
 Adresse postale : 2525 Boulevard Laurier, Case postale 10500 Québec, QC G1V 4H6
 ssq.ca

Section 4 : Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom du médecin _____ Spécialité _____ N° de permis _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :

Signature du médecin _____ Date _____

Section 5 : Médicament visé par la demande

Nom du médicament	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie
Alitrétinoïne (Toctino ^{MD})	Capsule	<input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 30 mg	Dose : _____ mg Fréquence d'administration : _____ _____ une fois par jour x 24 semaines

Type de demande Demande initiale Demande pour un traitement subséquent lors de RÉCIDIVE
 Complétez la section 6 Complétez la section 7
 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Diagnostic

- Eczéma chronique des mains
 Autre. Précisez : _____

Degré d'atteinte

- Grave Modérée Légère

Cause de l'eczéma

Un allergène a été identifié comme étant la cause de l'eczéma

- Oui
 Le contact avec l'allergène a été éliminé
 L'allergène est toujours présent
 Non

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée du traitement
Corticostéroïde topique ⁽¹⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ Nombre de semaines consécutives : _____	Du _____ Au _____
Corticostéroïde topique ⁽²⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ Nombre de semaines consécutives : _____	Du _____ Au _____
Corticostéroïde topique ⁽³⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ Nombre de semaines consécutives : _____	Du _____ Au _____

